

# 国民健康保険傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)

|   |                         |    |    |       |          |         |   |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |           |   |
|---|-------------------------|----|----|-------|----------|---------|---|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----------|-----------|---|
| 医療機関担当者が意見を記入するところ                          | 患者氏名                    |    |    | 生年月日  | 昭和<br>平成 | 年       | 月   | 日  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |           |   |
|   | 傷病名                     |    |    | 初診日   | 令和       | 年       | 月   | 日  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |           |   |
|   | 発病年月日                   | 令和 | 年  | 月     | 日        | 発病の原因   |   |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |           |   |
|   | 労務不能と認められた期間            | 令和 | 年  | 月     | 日から      |         |   |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |           |   |
|   |                         | 令和 | 年  | 月     | 日まで      |         |   |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |           |   |
|   | うち、入院期間                 | 令和 | 年  | 月     | 日から      | 療養費用の種別 | <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 公費(        )<br><input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他 |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |           |   |
|   |                         | 令和 | 年  | 月     | 日まで      |         | 転帰  | <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止<br><input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |           |   |
|   | 診療日及び入院していた日を○で囲んでください。 | 令和 | 年  | 月     | 1        | 2       | 3   | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15        | 診療<br>実日数 | 日 |
|   |                         |    |    |       | 16       | 17      | 18  | 19   | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30        |           |   |
|   |                         | 令和 | 年  | 月     | 1        | 2       | 3   | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15        | 診療<br>実日数 | 日 |
|   |                         |    | 16 | 17    | 18       | 19      | 20  | 21   | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 診療<br>実日数 | 日         |   |
| 上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく) |                         |    |    |       |          |         |   |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |           |   |
|   |                         |    |    | 手術年月日 | 令和       | 年       | 月   | 日  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |           |   |
|   |                         |    |    | 退院年月日 | 令和       | 年       | 月   | 日  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |           |   |
| 症状経過から見て従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見           |                         |    |    |       |          |         |   |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |           |   |
|   |                         |    |    |       |          |         |   |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |           |   |
| 令和    年    月    日                           |                         |    |    |       |          |         |   |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |           |   |
| 上記のとおり相違ありません。                              |                         |    |    |       |          |         |   |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |           |   |
| 医療機関の所在地                                    |                         |    |    |       |          |         |   |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |           |   |
| 医療機関の名称                                     |                         |    |    |       |          |         |   |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |           |   |
| 医師の氏名                                       |                         |    |    |       |          |         |   |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |           |   |
| ⑩    電話番号                                   |                         |    |    |       |          |         |   |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |           |   |